

УДК 616.211-008.4-073

Д.Е. ТОГУЗБАЕВА

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ РОНХОПАТИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ



Тогузбаева Д.Е.

Актуальность проблемы ронхопатий обусловлена эпидемиологией: по данным зарубежной статистики 45% взрослого населения храпят эпизодически, а 25% – постоянно; ежегодно в США в апноэ умирает 38 000 человек; каждое десятилетие увеличивается число храпящих.

Цель исследования. Определение анатомо-физиологических особенностей в развитии ронхопатий путем скрининга пациентов, обратившихся к лор-специалистам по поводу патологии верхних дыхательных путей.

Материал и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры оториноларингологии КазМУНО. Обследованию подлежали пациенты, обратившиеся к лор-врачу с различными патологиями верхних дыхательных путей в период с 2013 по 2014 годы.

Результаты и обсуждение. По степени проявления симптоматики ронхопатии мы разделили на следующие клинические группы:

Легкая (с длительностью 5-10 лет) – при этом у пациентов наблюдается громкий храп.

Средней тяжести (длительность ронхопатии 10-15 лет) – у больных появляется очень громкий храп, возникающий во всех положениях тела во сне.

Тяжелая форма (15-20 лет длительность ронхопатии) – храп чрезмерно громкий, интенсивный, слышен на других этажах дома, возникает во всех положениях тела, интенсивность храпа при изменении положения тела не меняется.

При развитии заболевания у пациентов возникают:

– изменения сократимости миокарда и нарушения в проводящей системе сердца

– изменения в процессе кровообращения: повышается давление в легочной артерии и общем круге кровообращения, происходит процесс формирования гипертрофии правых отделов сердечной мышцы

– изменения в составе крови

– развитие необратимой обструкции легких

– нарушение обмена веществ, которое носит хронический характер и появляется избыточным развитием жировых тканей.

По мере утяжеления течения заболевания наблюдается прогрессирование этих факторов.

Вывод. Наши исследования позволяют рекомендовать постановку диагноза «хроническая ронхопатия» при объективизации трех патогномичных симптомов: патологическое храпение, сужение дыхательного пути в полости носа и глотки, гипоксемия.

Ключевые слова: ронхопатии, храп, апноэ, нарушение дыхания.

Ронхопатия (ronchi – храпы) – хроническое прогрессирующее заболевание, проявляющееся обструкцией начального отдела дыхательного тракта и хронической дыхательной недостаточностью, приводящее к синдромальным сдвигам в организме компенсаторного и декомпенсированного характера [1, 2, 7].

Вопросы ронхопатии волновали общество еще задолго до появления первых официальных медицинских публикаций [6]. В известном произведении английского классика Чарльза Диккенса «Посмертные записки Пиквикского клуба», где он описывает тучного молодого человека Джо, который страдал выраженным ожирением и часто спал, невзирая на окружение и время суток, и периодически из разных углов комнаты доносился громкий, звучный храп. Впоследствии именно этот персонаж дал название патологическому синдрому «пиквика» [15]. Интересно, что пиквикский синдром – не просто занятно названное

состояние, а синдром, послуживший толчком к развитию нового направления в медицине – «сомнология». Дело в том, что для этого синдрома характерны эпизоды ночного апноэ – полной остановки дыхания, или гипопноэ – дыхания очень поверхностного, недостаточного; выраженное ожирение (чаще абдоминального типа) и патологическая сонливость [8, 9, 12, 16].

Актуальность этой проблемы обусловлена эпидемиологией: по данным зарубежной статистики 45% взрослого населения храпят эпизодически, а 25% – постоянно; ежегодно в США в апноэ умирают 38 000 человек; каждое десятилетие увеличивается число храпящих. В нашей стране, к сожалению, такой статистики нет, так как эта проблема является еще недостаточно изученной [10, 13, 17, 18].

Цель исследования – определить анатомо-физиологические особенности в развитии ронхопатий путем скрининга пациентов, обратившихся к лор-специалистам

Контакты: Тогузбаева Динара Еркеновна, канд. мед. наук, доцент кафедры оториноларингологии, АО КазМУНО, г. Алматы. Тел. +7 700 770 05 77, +7 701 785 66 18, e-mail: toguzbayeva@list.ru

Contacts: Dinara Yerkenovna Toguzbayeva, Candidate of Medical Science, Associate Professor of the Department of Otorhinolaryngology of KazMUNO JSC, Almaty c. Ph. +7 700 770 05 77, +7 701 785 66 18, e-mail: toguzbayeva@list.ru

по поводу патологии верхних дыхательных путей, изучить местные и общие патологические нарушения у больных патологическим храпом; на основании полученных данных обосновать диагностическую и лечебную тактику при храпении во сне.

Материал и методы

Исследование проводилось на клинической базе кафедры оториноларингологии КазМУНО. Обследованию подлежали пациенты, обратившиеся к лор-врачу с различными патологиями верхних дыхательных путей в период с 2013 по 2014 годы. На основании проведенного нами исследования было выявлено, что в основе обструкции верхних дыхательных путей при хронической ринхопатии у 70 обследованных больных была выявлена сочетанная патология носа и глотки: хронический гипертрофический ринит (100%), деформации перегородки носа (98,5%), гипертрофия мягкого нёба (100%), гипертрофия лимфоэпителиального глоточного кольца (46%), «складчатая» гипертрофия слизистой оболочки глотки (62,8%), гипертрофия корня языка (40%). Основным патофизиологическим механизмом хронической ринхопатии явилось сужение воздухопроводящего пути на уровне носа и глотки с увеличением сопротивления воздушному потоку в среднем на 90-142% в полости носа и сужением глоточного пространства на уровне мягкого нёба в среднем на 33 – 46,5%. Клинико-лабораторные исследования (кислородного и кислотно-основного статуса артериальной крови) показали: у больных хронической ринхопатией выявлены признаки нарушения функции внешнего дыхания: гипоксемия в дневное время в среднем от 10 до 20%, в ночное время от 20 до 33%; у больных с апноэ в ночное время – гиперкапния и субкомпенсированный ацидоз.

Результаты и обсуждение

Причиной храпа являются воспалительные процессы в лимфоглоточном кольце и слизистых оболочках латеральной стенки носа, ротовой полости и глотки, которые протекают с гипертрофией, из-за чего происходит сужение просвета дыхательного тракта. Данное обострение имеет комплексный и прогрессирующий характер, т.е. происходит сужение просвета в полости рта, носа и глотки, причем гипертрофия медленно, но непрерывно увеличивается. К гипертрофии глоточного лимфоэпителиального кольца приводит очаговое воспаление лимфоидной ткани в результате проникновения инфекции. Способствовать чрезмерному увеличению лимфоэпителиального кольца могут нарушения анатомии челюстно-лицевого скелета, которые могут быть врожденными или приобретенными. Также часто в развитии храпа важную роль играет ожирение.

Типическими патологическими процессами, формирующими сужение дыхательного просвета в начале дыхательного тракта при ринхопатии являются:

1. Деформации носовой перегородки – простые искривления, диффузные утолщения носовой перегородки, частичные утолщения носовой перегородки (гребни, шипы), частичные утолщения на сошнике.
2. Хронические риниты – ринит хронический простой, ринит гипертрофический (фиброзная форма, кавернозная форма), ринит гипертрофический с вазомоторно-

аллергическим компонентом, полипозная форма.

3. Приобретенные сращения (синехии) в носу.
 4. Инспираторные втягивания крыльев носа.
 5. Заболевания околоносовых пазух – пристеночно-гиперпластические гаймориты, кисты верхней челюсти, хронические воспаления решетчатого лабиринта.
 6. Хронический тонзиллит – простая форма, токсико-аллергические формы.
 7. Гипертрофия нёбных миндалин.
 8. Гипертрофия мягкого нёба.
 9. Рубцово-измененное мягкое нёбо.
 10. Хронический гранулезный фарингит, складчатая гипертрофия слизистой оболочки глотки.
 11. Хронический аденоидит, аденоидные вегетации.
 12. Гипертрофия языка.
 13. Инфильтрация жировой клетчатки стенок глотки, языка, латеральных парафарингеальных пространств.
- Недостаточная вентиляция верхних дыхательных путей вызывает снижение оксигенации (насыщение кислородом) крови и гипоксии (кислородному голоданию). Из-за этого пациенты вынуждены дышать через рот, причем более глубоко и медленно, что говорит о хронической дыхательной недостаточности [19, 20, 21].

При развитии заболевания у пациентов возникают:

- изменения сократимости миокарда и нарушения в проводящей системе сердца,
- изменения в процессе кровообращения: повышается давление в легочной артерии и общем круге кровообращения, происходит процесс формирования гипертрофии правых отделов сердечной мышцы,
- изменения в составе крови,
- развитие необратимой обструкции легких,
- нарушение обмена веществ, которое носит хронический характер и проявляется избыточным развитием жировых тканей.

По мере утяжеления течения заболевания наблюдается прогрессирование этих факторов.

Нарушения газотранспортной системы организма у больных ринхопатией:

- Гипоксемия, выявляется у 84% больных в дневное время и 91% в ночное время во сне.
- Обнаруживается дыхательная недостаточность 1 степени, у больных с тяжелым течением ринхопатии дыхательная недостаточность 2 степени.
- Включение компенсаторных механизмов в ответ на гипоксемию, направленные на предотвращение развития гипоксии (активация системы транспорта кислорода – увеличение концентрации гемоглобина, эритроцитоз, увеличение содержания гемоглобина в эритроцитах).
- У 25% больных с тяжелым течением ринхопатии, несмотря на включение компенсаторных механизмов, гипоксемия обусловила тканевую гипоксию.

У больных ринхопатией развивается компенсаторная реакция, предупреждающая возникновение гипоксемии и гиперкапнии, в виде повышения центральной инспираторной активности и усиления работы дыхательных мышц. Также снижается вентиляционная способность легких, имеющая рестриктивный характер, связанный с увеличением массы тела больных.

По степени проявления симптоматики ронхопатии можно разделить на следующие клинические группы:

1. Легкая (с длительностью 5-10 лет) – при этом у пациентов наблюдается громкий храп, мешающий окружающим, монотонный, непостоянный (возможны интервалы отсутствия храпа), возникает всегда лежа на спине, может ослабевать или отсутствовать при других положениях тела, трудоспособность и социальная активность не нарушены.

2. Средней тяжести (длительность ронхопатии 10-15 лет) – у больных появляется очень громкий храп, возникающий во всех положениях тела во сне. Эпизодически выявляются периоды ночного апноэ. Паттерн дыхания во сне: избыточные дыхательные усилия, фыркающие звуки, всхлипывания, периоды учащения и урежения дыхания. Пробуждение по ночам, разбитость по утрам, сонливость днем. Появление начальных признаков ожирения 1 степени и артериальной гипертонии. Трудоспособность и социальная активность нарушены.

3. Тяжелая форма (15-20 лет длительности ронхопатии) – храп чрезмерно громкий, интенсивный, слышен на других этажах дома, возникает во всех положениях тела, интенсивность храпа при изменении положения тела не меняется. Паттерн дыхания: периоды ночного апноэ, «всплески» взрывного храпа после остановки дыхания. Неосвежающий ночной сон, утренние головные боли, избыточная дневная сонливость. Значительное нарушение трудоспособности и социальной активности, усугубляющееся ожирением 2-3 степени (ИМТ>30), артериальной гипертонией, функциональным нарушением со стороны сердечной деятельности, продолжительность ронхопатии составила 15-20 лет [3, 4, 5].

Как видно по проявлению клинической симптоматики, ронхопатия – это патология, влияющая и ухудшающая в значительной степени качество жизни пациента, требующая корректирующего этиопатогенетического лечения.

Выводы

Больные, страдающие ронхопатией, являются проблемой не только для врача-оториноларинголога. Как правило, уже при обращении мы застаем 2, 3 стадии заболевания, когда имеются полиорганные соматические нарушения. Следовательно, такой пациент требует комплексного внимания врачей всех специальностей.

Наши исследования позволяют рекомендовать постановку диагноза «хроническая ронхопатия» при объективизации трех патогномичных симптомов: патологическое храпение, сужение дыхательного пути в полости носа и глотки, гипоксемия.

Для определения сужения дыхательного пути в полости носа и глотки показаны: риноскопия, фарингоскопия, позволяющие визуально выявить «искривление перегородки носа, гипертрофию нижних носовых раковин, мягкого нёба, слизистой оболочки глотки, нёбных миндалин; риноманометрия, позволяющая выявить уменьшение объема воздушного потока и повышение сопротивления воздушного потока в полости носа.

При обобщении различных методов хирургического лечения следует отметить, что любой используемый метод направлен на устранение западения мягкого нёба и расширение просвета зева.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Вейн А.М., Елигулашвили Т.С., Полуэктов М.Г. Синдром апноэ во сне. – М.: Эйдос Медиа, 2002
- 2 Лопатин А.С., Бузунов Р.В., Слушко А.М. и др. Храп и синдром обструктивного апноэ сна // Рос. ринол. – 1998. – №4. – С. 17-33
- 3 Лопатин А.С., Пискунов Г.З., Калинин А.Л. и др. Хирургическое лечение храпа и синдрома обструктивного апноэ сна. Кремлевская медицина // Клинический вестник. – 1998. – №5. – С. 1-11
- 4 Лопатин А.С. Хирургическое лечение храпа и синдрома обструктивного апноэ // Российская ринология. – 1998. – №1. – С. 28-32
- 5 Рекомендации экспертов ВНОК по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 6 (Прил. 2)
- 6 Celen Y.T., Hedner J., Carlson J. et al. Impact of gender on incident diabetes mellitus in obstructive sleep apnea: A 16-year follow-up // J. Clin. Sleep Med. – 2010. – Vol. 6(3). – P. 244–250
- 7 Chen Y.H., Keller J.K., Kang J.H. et al. Obstructive sleep apnea and the subsequent risk of depressive disorder: a population-based follow-up study // J. Clin. Sleep Med. – 2013. – Vol. 9(5). – P. 417–423
- 8 Davies C.W.H., Crosby J.H., Mullins R.L., Barbour C., Davies R.J.O, Stradling JR. Case-control study of 24 hour ambulatory blood pressure in patients with obstructive sleep apnoea and normal matched control subjects // Thorax. – 2000. – N55. – P. 736-740
- 9 Gjevre J.A., Taylor-Gjevre R.M., Reid J.K. et al. Inter-observer reliability of candidate predictive morphometric measurements for women with suspected obstructive sleep apnea // J. Clin. Sleep Med. – 2013. – Vol. 9(7). – P. 695–699
- 10 Gottlieb D.J., Yenokyan G., Newman A.B. et al. Prospective study of obstructive sleep apnea and incident coronary heart disease and heart failure: the sleep heart health study // Circulation. – 2010. – Vol. 122(4). – P. 352–360
- 11 Hagert B., Wikblot K., Odkvist L. et al. Side effects after surgical treatment of snoring // ORL. – 2000. – Vol. 62. – P. 76-80
- 12 Silverberg D.S., Oksenberg A., Iaina A. Sleep-related breathing disorders as a major cause of essential hypertension: fact or fiction? // Curr Opin Nephrol Hypertens. – 1998. – N7. – P. 353–357
- 13 Lavie P., Herer P., Hoffstein V. Obstructive sleep apnoea syndrome as a risk factor for hypertension: population study // BMJ. – 2000. – N320. – P. 479–482
- 14 Ngiam J., Balasubramaniam R., Darendeliler M.A. et al. Clinical guidelines for oral appliance therapy in the treatment of snoring and obstructive sleep apnoea // Aust. Dent. J. – 2013. – Vol. 58(4). – P. 408–419
- 15 Nieto F.J., Young T., Lind B., Shahar E., Samet J.M., Redline S., D'Agostino R.B., Newman A.B., Lebowitz M.D., Pickering T.G. Association of Sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study // JAMA. – 2000. – N283. – P. 1829-1836
- 16 Peppard P.E., Young T., Palta M., Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing

and hypertension // N Engl J Med. – 2000. – N342. – P. 1378-1384

17 Peppard P.E., Young T., Barnet J.H. et al. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults // Am. J. Epidemiol. – 2013. – Vol. 177(9). – P. 1006–1014

18 Qaseem A., Holty J.E., Owens D.K. et al. Management of obstructive sleep apnea in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians // Ann. Intern. Med. – 2013. – Vol. 159(7). – P. 471–483

19 Vgontzas, Papanicolaou D.A., Bixler E.O., Lotsikas A., Zachman K., Kales A., Prolo P., Ma-Li Wong, Licinio J., PhiGold P.W., Hermida R.C., Mastorakos G., Chrousos G.P. Circadian Interleukin-6 Secretion and Quantity and Depth of Sleep // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2000. – Vol. 84 (8). – P. 2603-2607

20 Stavaras C., Pastaka C., Papala M. et al. Sexual function in pre- and post-menopausal women with obstructive sleep apnea syndrome // Int. J. Impot. Res. – 2012. – Vol. 24(6). – P. 228–233

21 Reutrakul S., Zaidi N., Wroblewski K. et al. Interactions between pregnancy, obstructive sleep apnea, and gestational diabetes mellitus // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2013. – Vol. 98(10). – P. 4195–4202

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Д.Е. ТОҒЫЗБАЕВА

Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы қ.

ЗАМАНАУИ ҚОҒАМДАҒЫ РОНХОПАТИЯ МӘСЕЛЕРІНІҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Мәселенің өзектілігі ронхопатия эпидемиологиясына байланысты: сыртқы статистикаға сәйкес – ересектер 45% дейін ауыспалы қорылдау ауруымен, және 25% – тұрақты шағымдармен қаралады; апноздан АҚШ -та 38,000 адам жыл сайын қаза болады.

Зерттеудің мақсаты. Жоғарғы тыныс жолдарының патологиясы туралы ҚМТ мамандарға қаралған науқастардың ронхопатиясының дамуындағы анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктерді скрининг арқылы анықтау болды.

Материал және әдістері. Зерттеу Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университетінің клиникалық базасында жүргізілді. Зерттеуге 2013-2014 жылдары ҚМТ дәрігеріне жоғарғы тыныс алу мүшелерінің қызметінің нашарлауына байланысты шағымданған науқастар қатысты.

Нәтижелері және талқылауы. Ронхопатияның белгілеріне қарай науқастарды келесі топтарға бөлдік:

- 1) Жеңіл (5-10 жыл ұзақтылығымен) – бұл кезде науқасты қатты қорыл мазалайды
- 2) Орташа (10-15 жыл ұзақтылығымен) – бұл кезде науқасты өте қатты, дененің кез келген қалпындағы қорыл мазалайды
- 3) Ауыр түрі (15-20 жыл ұзақтылығымен) – бұл кезде науқасты шектен қатты, дененің кез келген қалпындағы, үйдің барлық сатыларында естілетін қорыл мазалайды.

Арудың асқынуы кезінде байқалатын өзгерістер:

- миокардтың тартылуының өзгеруі мен жүрек өткізу жүйесінің бұзылулары
- қанайналым жүйесіндегі өзгерулер: өкпе артериясындағы және жалпы қан айналу шеңберінің қысымының жоғарлауы, жүректің оң жақ қуыстарының гипертрофиясы

- қан құрамының өзгеруі
- өкпенің қалпына келмейтін обструкциясының дамуы
- жалпы заттектер айналымының бұзылуымен қатар артық май салмағының жиналуы.

Арудың өршуімен бұл белгілердің бәрі асқына түседі.

Қорытынды. Біздің өткізілген зерттеулер патогномикалық симптомдардың кем дегенде үшеуі – патологиялық қорылдау, тыныс алу жолдарының тарылуы, гипоксемия – анықталса созылмалы ронхопатия диагнозын қоюға болатыны көрсетті.

Негізгі сөздер: ронхопатиялар, қорыл, апноз, тыныс алудың өзгеруі.

SUMMARY

D.E. TOGUZBAEVA

Kazakh Medical University Continuing Education, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty c.

THE ACTUALITY OF RONCHOPATHY ISSUE IN THE MODERN SOCIETY

The actuality of ronchopathy issue is caused by epidemiology: based on foreign statistics, 45% of adult population snore occasionally, and 25% – permanently; every year 38 000 people die from apnea in the USA; every decade a number of snoring people is increasing.

The investigation objective is a definition of anatomic-physiologic specifics in ronchopathy development by screening of patients, who addressed to ENT specialists due to pathology of upper respiratory paths.

Material and methods. The investigation was performed on clinical base of the chair of otolaryngology at KazMUCE. Patients, who addressed to ENT doctor with different pathologies of upper respiratory paths, have been investigated.

Results and discussion. Based on the level of appearance of ronchopathy symptomatology, we separated the following clinical groups:

- 1) Light (with 5-10 years duration) – a light snoring appears at patients
- 2) Middle (10-15 years duration of ronchopathy) – very loud snoring, that appears in all postures in sleep.
- 3) Heavy form (15-20 years duration of ronchopathy) – too loud, intensive snoring, that is heard on other floors of a house, appears in all postures in sleep; intensity is not changed when posture is changing.

Upon development of decease at patients, the following appear:

- change of contractility of myocardium and disruptions in the conductive heart system
- changes in the process of blood circulation: pressure in pulmonary artery and overall circle of blood circulation is increasing, process of formation of hypertrophy of right departments of heart muscle is executed.
- changes in blood structure
- development of irreversible obstruction of lungs
- disruption of metabolism, which is considered as chronic, and appears in excessive development of fatty tissues

Upon deterioration of decease flow a progression of these factors is viewed.

Conclusions. Our investigation allows to recommend a definition of “chronic ronchopathy” diagnosis when objectification of three pathognomonic symptoms: pathologic snoring, narrowing respiratory path in the cavity of nose and throat, anoxemia

Key words: ronchopathy, snore, apnea, respiratory disturbance.

Для ссылки: Тогузбаева Д.Е. Актуальность проблемы ронхопатий в современном обществе // Журн. Медицина (Medicine Almaty). – 2015. – №6 (156). – С. 40-43

Статья поступила в редакцию 28.05.2015 г.